



REQUERIMENTO SAÚDE PARA UNIDADES PRISIONAIS - SUP

TIPO DE SERVIÇO		SOLICITANTE	
<input type="checkbox"/>	Alvará Sanitário	NOME COMPLETO:	
<input type="checkbox"/>	Alvará para Evento	CONTATO:	
<input type="checkbox"/>	Alvará de Temporada	CONTABILIDADE (SE HOVER):	
<input type="checkbox"/>	Habite-se		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Funcionamento		
<input type="checkbox"/>	Antecipação de Alvará		
<input type="checkbox"/>	Licença de Transporte		
<input type="checkbox"/>	Antecipação de Licença de Transporte		
<input type="checkbox"/>	Outros		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Responsabilidade Técnica		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Alvará		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Licença de Transporte		

NATUREZA DO ALVARÁ	
<input type="checkbox"/>	Estabelecimentos industriais, comerciais e agropecuários
<input type="checkbox"/>	Habitação (Habite-se)
<input type="checkbox"/>	Estabelecimentos de saúde, educação pré-escolas e outros

TIPO		CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Pessoa Jurídica	<input type="checkbox"/>	Comércio
<input type="checkbox"/>	Pessoa Física	<input type="checkbox"/>	Agropecuário
		<input type="checkbox"/>	Educação
		<input type="checkbox"/>	Farmácias com Manipulação de Fórmulas
		<input type="checkbox"/>	Fabricante e/ou Importador de Produtos para a Saúde
		<input type="checkbox"/>	Saúde (outros cadastros de interesse, não especificados anteriormente)
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos (Palmito)
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos (Amendoim)
		<input type="checkbox"/>	Indústria (Outros, não especificados anteriormente)
		<input type="checkbox"/>	Assessoria e consultoria técnica na área de engenharia, segurança e medicina do trabalho

PORTE	
<input type="checkbox"/>	Micro
<input type="checkbox"/>	Pequeno
<input type="checkbox"/>	Médio
<input type="checkbox"/>	Grande
<input type="checkbox"/>	MEI
<input type="checkbox"/>	DEMAIS

DADOS DO ESTABELECIMENTO			
CNPJ:		RAZÃO SOCIAL:	
		NOME FANTASIA:	
ENDEREÇO:		N.	COMPLEMENTO:
			BAIRRO:
CEP:	MUNICÍPIO:	TELEFONE:	E-MAIL:

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	
CNAE	ATIVIDADE

RESPONSÁVEL LEGAL	
CPF:	NOME COMPLETO:

RESPONSÁVEL TÉCNICO			
CPF:	NOME COMPLETO:		
FORMAÇÃO:	CONSELHO DE CLASSE:	UF:	NÚMERO:

ITAPEMA/SC, _____ DE _____ DE 20 ____.

Assinatura do Requerente



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS SAÚDE PARA UNIDADES PRISIONAIS - SUP

CNAE	ATIVIDADE
8423-0/00	Justiça - Exclusivamente Unidades Prisionais com serviços de Saúde e de Interesse à Saúde

GRAU DE RISCO	ÁREA	PROCESSO
ALTO	Interesse à Saúde	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo representante legal
CNPJ atualizado (emitido nos últimos 30 dias)
Contrato Social OU Requerimento do Empresário Individual
Viabilidade de funcionamento OU Alvará de localização e funcionamento
Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros OU Isenção de Atestado OU Protocolo
Certificado de Controle de pragas - desinsetização/desratização (empresa com registro na VISA Itapema)
Certificado de limpeza e desinfecção do reservatório d'água
Projeto Arquitetônico e hidrossanitário aprovado pelo SGU
Licença Ambiental emitida pelo órgão competente
Termo de responsabilidade técnica / Certificado de Regularidade / A.F.T. / A.R.T ou similar, inclusive se houver substituto.
Certificado de Registro de Pessoa Jurídica junto ao conselho.
Diploma do Responsável Técnico registrado no conselho regional de Santa Catarina
Comprovante de limpeza e manutenção dos aparelhos de ar condicionado (Até 60.000 BTUs)
Plano de Manutenção Operação e Controle - PMOC - do sistema de ar condicionado (Acima de 60.000 BTUs)
<p>Serviços de alimentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Responsável Técnico (RT) pelo serviço de alimentação; * Carteiras de Saúde OU Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) de todos os manipuladores de alimentos; * Certificado de participação em treinamento de boas práticas de manipulação de alimentos de todos os manipuladores; * Manual de Boas Práticas; * Procedimentos Operacionais Padrão - POP's (contemplando no mínimo: Higienização de instalações, equipamentos e móveis, Controle integrado de vetores e pragas urbanas, Higienização do reservatório e Higiene e saúde dos manipuladores); * Comprovante de coleta e destinação de resíduos de óleo de cozinha OU Declaração que não o produz. <p>*** Caso o serviço seja terceirizado, alvará sanitário e contrato de prestação serviços com a empresa que realiza o serviço.</p>
<p>Serviços de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Certidão de registro do Responsável Técnico junto ao conselho de classe competente; * Procedimento Operacional Padrão com descrição detalhada do conjunto de atividades e procedimentos técnicos realizados, assim como da rotina de limpeza e higienização dos equipamentos e dos ambientes; * Nota fiscal dos equipamentos se novo OU Laudo de calibração dos equipamentos antigos (Controle de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos); * Comprovação da realização do Teste Biológico semanalmente; * Comprovante de situação vacinal dos profissionais envolvidos (Hepatite, DT, Triplice viral e Febre Amarela); * Descrição dos serviços desenvolvidos; * Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS (inserido no site da DIVS/SC); * Contrato vigente com a empresa responsável pela coleta e destinação dos resíduos de serviços de saúde; * Manifesto de Transporte de Resíduos - MTR (último emitido); <p>*** Caso o serviço seja terceirizado, alvará sanitário e contrato de prestação serviços com a empresa que realiza o serviço.</p>
Declaração de recursos humanos (quantidade de funcionários e funções desempenhadas)
Comprovante de pagamento da Taxa de Vigilância Sanitária (exceto MEI)

OBSERVAÇÕES:

¹ Poderão ser exigidos outros documentos durante a inspeção da Autoridade de Vigilância Sanitária.